



# Notifica

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede\*

1* Numero d'assicurato	2* Cognome Data di nascita	Nome Sesso	3* Salario annuo CHF	4* Inizio dell'assicurazione Giorno Mese Anno	5 Stato civile	6 Altra lingua per il certificato personale	7* Totalmente abile al lavoro Sì No	8 Dati complementari se necessari (p.es. categoria, grado di occupazione per lavoro a tempo parziale, obblighi di sostentamento, ecc.)
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	C. ....	N. .... S. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**Colonna 5**  
Stato civile:  
1 = celibe/nubile  
2 = sposato(a)      5 = in unione domestica registrata  
3 = vedovo(a)      6 = in unione domestica sciolta per decesso  
4 = divorziato(a)    7 = in unione domestica sciolta giudizialmente

**Colonna 6**  
Altra lingua per il certificato personale:  
1 = tedesco  
2 = francese  
4 = inglese

## Osservazioni

**Copertura assicurativa**  
Abbiamo preso atto che la validità della copertura assicurativa è subordinata alla veridicità delle precedenti indicazioni e che, nell'ambito delle disposizioni legali, AXA può recedere dall'assicurazione se i dati indicati non sono esatti. Per ulteriori disposizioni concernenti la copertura assicurativa vedi [Spiegazioni allegate alla notifica](#).

**Capacità lavorativa**  
Per le persone indicate nella colonna 7 come non totalmente abili al lavoro inoltriamo il formulario «[Complemento alla notifica](#)» (per la descrizione della capacità lavorativa vedi [Spiegazioni allegate alla notifica](#)).  
**Confermiamo che le persone indicate con un «Sì» sono totalmente abili al lavoro all'inizio dell'assicurazione.**

Firma Data

Firma Fondazione/datore di lavoro

\*campo obbligatorio

# Spiegazioni allegate alla notifica

## Capacità lavorativa

Non sono considerate totalmente abili al lavoro le persone che, al giorno d'inizio dell'assicurazione,

- devono assentarsi dal lavoro per motivi imputabili totalmente o parzialmente allo stato di salute,
- percepiscono un'indennità giornaliera per malattia o infortunio,
- sono state notificate a un'assicurazione per l'invalidità,
- ricevono una rendita a causa della loro parziale o totale invalidità,
- non possono esercitare, per motivi di salute, un'attività lucrativa conforme alla loro formazione e alle loro capacità professionali.

Tutte le altre persone sono considerate totalmente abili al lavoro.

## Formulario

### «Complemento alla notifica»

Per tutte le persone che, in base alle disposizioni soprastanti, non sono totalmente abili al lavoro, deve essere compilato il formulario [«Complemento alla notifica»](#).

Il «Complemento alla notifica» deve essere presentato anche per tutti coloro per i quali vengono assicurate inizialmente o successivamente delle prestazioni superiori a determinati limiti. I nominativi delle persone soggette a questa disposizione vengono comunicati da noi.

Inoltre, in certi casi possono essere chieste informazioni a un medico o può essere ordinata una visita medica. I costi derivanti dai rispettivi onorari medici sono a nostro carico.

Se la persona assicurata rifiuta di sottoporsi all'esame dello stato di salute, la copertura dei rischi d'invalidità e di decesso viene ridotta alle prestazioni minime previste dalla legge.

## Copertura assicurativa

La copertura assicurativa viene concessa a titolo **definitivo e senza riserve** a quelle persone per le quali non deve essere presentato il «Complemento alla notifica».

Per le altre persone la copertura assicurativa viene concessa a titolo **definitivo e senza riserve** per

- le prestazioni minime ai sensi della LPP (se assicurate),
- le prestazioni acquisite con una prestazione di libero passaggio trasferita, a condizione che queste prestazioni siano state assicurate senza riserve presso la precedente istituzione di previdenza.

Per le altre prestazioni la copertura è dapprima **provvisoria**. Successivamente viene comunicato per iscritto se la copertura previdenziale può essere concessa a condizioni normali, con una clausola di riserva (limitazione) oppure se deve essere esclusa del tutto.

## Insieme dei rapporti di previdenza

Se l'assicurato è affiliato a più istituti di previdenza e la somma di tutti i suoi salari e redditi soggetti all'AVS supera di 10 volte l'importo limite superiore LPP, egli è tenuto ad informare ciascun istituto di previdenza a cui è affiliato sul totale dei suoi rapporti di previdenza.



# Complemento alla notifica

Contratto n. /

Datore di lavoro Nome e sede

## Persona assicurata

Cognome Nome Numero d'assicurato

Via, NPA e località Data di nascita Sesso

Attività lucrativa attuale  m  f

Reperibilità Indirizzo e-mail privato N. di telefono

Altezza (cm) Peso (kg)

**Domande sullo stato di salute** Vengono presi in considerazione gli **ultimi 5 anni** prima dell'inizio dell'assicurazione o dell'aumento della prestazione. Le risposte affermative vanno integrate con i dettagli richiesti.

**Dettagli** 1. All'inizio dell'assicurazione o al momento dell'aumento della prestazione era totalmente o parzialmente inabile al lavoro?  Sì  No

Dispone di una decisione AI?  Sì  No  
Se dispone di una decisione AI, voglia allegarla. Altrimenti allegli i conteggi dell'assicurazione contro gli infortuni o delle indennità giornaliere in caso di malattia, se disponibili.

2. Attualmente è affetto da disturbi della salute di qualsiasi genere o dalle conseguenze di un infortunio o una malattia?  Sì  No

Quali Da quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali (nome e indirizzo)

3. Ha sofferto o soffre di uno o più di questi disturbi o danni alla salute: artrosi, asma, malattie degli occhi, bronchite, ipertensione arteriosa, colesterolo alto, malattie cardiache, cancro, paralisi, sclerosi multipla, una diminuzione della vista/dell'udito **non** corretta, malattie o disturbi psichici, dolori reumatici, disfunzioni ghiandolari o della tiroide, ictus, patologie a carico della colonna vertebrale, diabete o altre malattie, disturbi o sintomi qui non elencati?  Sì  No

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

Quali Da quando a quando guarito non guarito

1\*  2\*

Medici/ospedali curanti (nome e indirizzo)

\* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

\* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

4. Ha dovuto interrompere totalmente o parzialmente il lavoro per più di 2 settimane a causa di malattia o infortunio?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Perché	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
5. Viene o è stato sottoposto per più di 4 settimane a controlli o trattamenti medici, chiropratici o psicologici oppure necessita, assume o assumeva regolarmente medicinali, antidolorifici, calmanti, sedativi o droghe?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		.....	
Per quali motivi è o è stato in trattamento/sotto controllo	Da quando a quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali medicinali, ecc.	Da quando a quando	Quale quantità a settimana	
.....		.....	
6. Sono stati condotti esami, ad es. controlli, radiografie, ECG, test HIV, ecc., <b>che non hanno prodotto esiti nella norma?</b> (non devono essere indicate le analisi genetiche)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
7. Ha dovuto subire un intervento (ambulatoriale o con degenza) o un tale intervento è previsto/raccomandato?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
Quali	Quando	guarito	non guarito
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Medici/ospedali (nome e indirizzo)			
.....			
8. Quale medico (anche chiropratico, psicoterapeuta) conosce meglio il suo stato di salute?			
Cognome	Nome	NPA e località	
.....	.....	.....	
.....			

\* 1 = guarito/tutto nella norma/trattamento concluso

\* 2 = non guarito/non nella norma/in trattamento o sotto controllo

---

**Dati** Presso il suo ultimo datore di lavoro è stato assicurato nell'ambito di una previdenza professionale?  Sì  No  
**supplementari** In caso affermativo, voglia fornire le seguenti informazioni aggiuntive  
in caso di  
cambiamento Ditta o istituto di previdenza Via, NPA e località  
del posto di lavoro

---

Da parte della precedente cassa pensione è stata espressa una riserva sul suo stato di salute?  Sì  No  
(se sì, allegare una copia della riserva)

---

**Osservazioni**

---

**Dichiarazione** Dichiaro di esonerare dal segreto professionale tutti i medici, psicoterapeuti, fisioterapisti, chiropratici, gli ospedali, gli assicuratori per infortuni e malattie nonché il mio precedente istituto di previdenza ai quali il Servizio medico di AXA Vita SA dovesse rivolgersi, ora o in futuro, per ottenere informazioni sul mio stato di salute e/o la mia precedente copertura previdenziale.

Confermo inoltre di essere stato informato che la copertura assicurativa dipende dalla veridicità delle indicazioni precedenti e che, in caso di indicazioni non veritiere, AXA Vita SA ha il diritto di recedere dall'assicurazione conformemente alle disposizioni legali.

---

**Firma** Data Firma della persona assicurata

---

**Inviare a** AXA  
Postfach 300  
8401 Winterthur